

**ANAIIS
PAULISTAS
DE**

MEDICINA E CIRURGIA

VOLUME LXXIII

Junho de 1957

N.º 6

Neste número:

Trabalhos Originais:	Pág.
<i>Os acidentes cardíacos agudos — Dr. DANTE PARZANESE</i>	567
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Medicina	339
Medicina no trabalho	348
Neuro-psiquiatria	352
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números	354
Vida Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina	358
Hospital São Camilo	360
Literatura Médica:	
Livros Recebidos	362
Apreciação	364
Índice geral do volume LXXIII	381

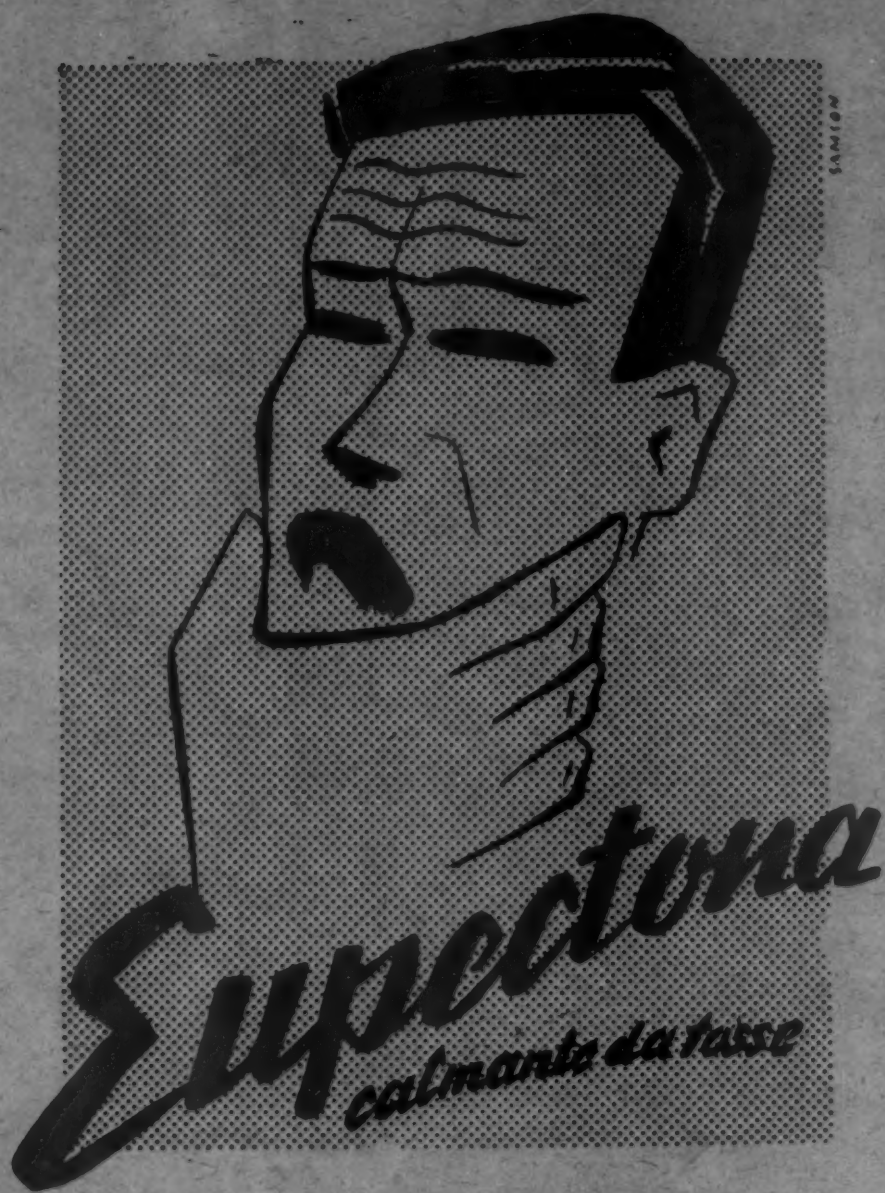
Editados pelo



Sanatório São Lucas

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

RUA PIRAPITINGUI, 80 — SÃO PAULO, BRASIL



LABORATÓRIO TORRES S. A.

VIKASALIL

B₁

EM DRÁGEAS ENTÉRICAS



Anti-Reumático — Analgésico



Associação de Salicilato de Sódio
com Piramido



EFEITO MAIS RÁPIDO.
QUALQUER TIPO DE DÔR.



Fórmula:

Salicilato de Sódio	0,50
Piramido	0,10
Vitamina K	0,001
Vitamina B ₁	0,006
Bicarbonato de Sódio	0,03



LABORATÓRIO PHARMA

Marcello, Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 — Fone, 33-7579 — São Paulo

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

	Cr\$
Capa externa (12×19 cm) por vez	3.500,00
Capa interna (12×19 cm) por vez	3.000,00
1 página (12×19 cm) por vez	2.400,00
1½ página (9×12 cm) por vez	1.300,00
1¼ página (9×5,5 cm) por vez	800,00
Encarte por vez	2.000,00

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS INTESTINAL PELO DERIVADO FTÁLICO DA SULFA

ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil-Sulfatiazol com Vitamina K e B₁)

Absorção praticamente nula, alcançando grande
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACEÚTICA BRASILEIRA

VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Joaquim Távora, 550

São Paulo

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO GOMES, 25 - 4.º Andar - TELEFONES 4-7744 e 8-5445

ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 80 — Fone, 37-2515 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

Assinat. por 1 ano Cr\$ 200,00 — Estrang. US\$ 5,00 — Número avulso Cr\$ 20,00

VOL. LXXIII

JUNHO DE 1957

N.º 6

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Sessão em 29 agosto 1956

Presidente: *Dr. Octávio Ribeiro Ratto*

Provas para avaliação da atividade na artrite reumatóide. III: Perfil protéico electroforético. Drs. Wilson Cossermelli e Sergio Giannini. — A experiência dos autores se baseia na electroforese sobre papel, realizada no aparelho Elphor H, com solução tampão de ácido dietilbarbitúrico e hidróxido de sódio de pH 8,6. Após 16 horas de migração as faixas são retiradas e secas no ambiente. São coradas, então, pelo amido prôto 10 B e o excesso de corante é retirado em seguida. Novamente são secas em estufa a 120°C e mergulhadas em óleo diafanizador, para posterior leitura fotométrica. Construído o perfil, as áreas são calculadas por processo geométrico introduzido por Hoxter e Munglioli. Os autores analisaram os resultados em 33 portadores de artrite reumatóide periférica, sendo 23 acompanhados em sua evolução. Em relação aos dados iniciais, as alterações mais constantes foram a queda da albumina (81,2%), a elevação de globulina α_2 (72,7%) e de globulina γ (84,8%). A alteração inicial presume-se ser a elevação da globulina γ ; a última fração a voltar aos níveis normais parece ser a globulina α_2 . As intensidades dos desvios estiveram sempre concordantes com a gravidade do quadro clínico. Evolutivamente, os valores acompanharam as oscilações das manifestações clínicas.

Contribuição da punção-biopsia no diagnóstico das hepatopatias. Thomaz Imperatriz Pricoli, Wladimir da Prussia Gomes Ferraz e Mario Pasqualucci. — Os autores estudaram 125 casos de doentes que foram submetidos à punção-biopsia hepática, comparando o diagnóstico após exame do fragmento obtido.

Baseados nessa experiência concluem que: 1) A punção-biopsia hepática é um exame praticamente sem perigo, desde que feito por pessoa experiente; praticamente indolor, desde que seja feita anestesia local adequada (geralmente foi usada novocaina a 5%); 2) Encontra plena indicação nos seguintes casos clínicos: a) síndromes ictericas; b) cirrose hepática; c) hipertensão porta; d) esquistossomose; e) doenças infecciosas; f) tumores metastáticos e primitivos; g) hepatites anictéricas; h) fígado cardíaco; i) suspeitas de hepatopatia sem certeza clínica; j) hepatomegalias; k) provas funcionais hepáticas alteradas; l) para o diagnóstico, prognóstico e orientação terapêutica (clínica ou cirúrgica). *Indicação especial e muito importante* temos nas síndromes ictericas, tendo em vista o diagnóstico diferencial entre icterícia parenquimatosa e obstrutiva (intra ou extra-hepática) ou complicações. Neste trabalho apresentaram 52 casos de icterícia (18 de icterícia obstrutiva, 30 de icte-

ria parenquimatosa e 4 de diagnóstico incompleto). 3) mais de 90% dos casos a biopsia confirmou ou revelou o diagnóstico certo do caso. 4) Dando o diagnóstico anatômico, a biopsia completa os diagnósticos clínicos (sindrômico, funcional, etiológico). 5) Patologista acostumado com o pequeno material obtido deve fazer a leitura da lâmina. 6) O exame clínico cuidadoso (sempre), as provas funcionais e a biopsia hepática podem encurtar bastante o tempo para elucidação de síndromes hepatobiliares, evitando, muitas vezes, operações desnecessárias. 7) Como todo exame complementar, a biopsia deve ser julgada de acordo com os outros dados clínicos. Tem limitações que só a clínica e a experiência podem julgar, perante cada caso clínico.

Bases fisiológicas para oxigenioterapia. Dr. Octavio Ribeiro Ratto, Italo Domingos Le Voci, Silvio Bailone e Ernesto Azevedo. — Os autores, depois de fazerem considerações sobre a fisiologia da oxigenação do sangue, teceram comentários sobre o uso mais ou menos indevido do oxigênio em inúmeras doenças, especialmente respiratórias e circulatórias, dedicando-se especialmente em salientar o perigo

do uso indiscriminado do oxigênio para certas pneumopatias.

Agamaglobulinemia e cirrose hepática. Considerações em torno de um caso. Dr. Luis Caetano da Silva, Dirceu P. Neves, Günther Hoxter, Alvaro O. Campana, Claudio Montenegro e José Fernandes Pontes. — Os autores descreveram um caso de agamaglobulinemia em uma menina de 11 anos, cuja história começou com 1 ano e meio de idade, caracterizando-se por surtos diarréicos repetidos. Aos 6 anos de idade enxertou-se um quadro pulmonar, de caráter crônico, febril e com expectoração abundante. Um ano antes da internação foi notada por um facultativo doença de fígado e, há 3 meses, surgiu icterícia que durou 15 dias. Nos antecedentes, referência a coqueluche, sarampo, parotidite. Desenvolvimento normal até os 4 anos de idade e, desde então, retardado. Teve 7 irmãos, dos quais 2 faleceram no 1.º ano de vida, e outros 2 com difteria.

Exame físico: Criança hipodesenvolvida, com leve edema, dedos em bagueta de tambor, sinais de condensação pulmonar em ambas as bases. Fígado a 4 dedos e baço a 5 dedos da reberda costal.

Medicação coadjuvante
na dietética do emagrecimento

ANTI OBESINA

Fórmula por comprimido de 0,47 g:

Sulfato dextedrina	0,00250 g
Reserpina	0,00005 g
DL-Metionina	0,40000 g

★

VIDROS COM 40 COMPRIMIDOS

★

LABORATÓRIOS NOVOTHERAPICA S/A.

Rua Pedroso de Moraes, 977 — Fone 80-2171

SÃO PAULO — BRASIL

MISTECLIN

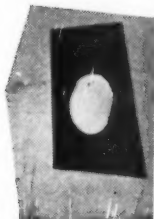
O tratamento com os antibióticos habituais de amplo espectro dá origem, frequentemente, a crescimento excessivo de *Candida albicans* (monília), em virtude desses medicamentos não apresentarem efeito antimicótico. Entre as manifestações do crescimento excessivo de monília podem-se citar a diarreia e o prurido anal relacionados com a antibiótico-terapia, assim como a moníase vaginal e bucal. Em alguns casos, podem ocorrer infecções sistêmicas graves, às vezes letais, causadas por monília.

O tratamento com **MISTECLIN**

(Tetraciclina-Nistatina Squibb)

O antibiótico mais seguro e de maior espectro anti-infeccioso

O tratamento com Misteclin não só é eficaz na terapêutica de muitas infecções habituais mas, também, protege o paciente contra o crescimento excessivo de monília. Misteclin é o único antibiótico que oferece a proteção da ação combinada da Nistatina Squibb, o primeiro antibiótico seguramente ativo contra fungos, e da Tetraciclina Squibb, o antibiótico de grande espectro melhor tolerado.



Cada drágea de Misteclin contém 250 mg de Cloridrato de Tetraciclina e 250.000 u. de Nistatina.

Dose mínima para adultos:
1 drágea, 3 vezes ao dia.

Apresentação:
Frasco com 12 drágeas.

"MISTECLIN" É UM NOME REGISTRADO

SQUIBB

Exames complementares: Grande diminuição de turvação do sulfato de zinco (Kunkel), com mínimo de 0,3 U.; e do timol com 0,5 U. A electroforese em papel e pelo Antweiler revelou quantidade mínima de globulina, abaixo das possibilidades de cálculo. Duas dosagens de proteínas mostraram, respectivamente g/100 ml): totais 5,5 e 5,7; albumina 4,4 e 5,0; globulinas 1,1 e 0,7; relação A/G 4,0 e 7,1. Os estudos imunohematológicos vieram confirmar a grande diminuição de γ globulina: 1) grupo sanguíneo A com ausência de anticorpos anti-B; B) reação de Widal negativa; 3) prova de precipitina com controle normal (antiglobu-

lina negativa); 4) grande diminuição do poder inibidor sobre a reação de sensibilizadas. A biopsia hepática re-Coombs com hemácias Rh positivas velou cirrose hepática, possivelmente pós-necrótica. A biopsia de gânglio mostrou mínima quantidade de plasmócitos. A dosagem de nitrogênio α -amínico mostrou, em quatro determinações, valores sempre acima do normal (método de Albanese). O cromatograma, porém, não foi elucidativo.

Os autores teceram depois considerações sobre as possibilidades patogênicas e a importância clínica desta entidade.

Sessão extraordinária em 27 setembro 1956

Presidente: Dr. Octávio Ribeiro Ratto

Circulação cerebral. Dr. Octavio Ribeiro Ratto. — O metabolismo cerebral exige constantemente, para que sua função permaneça normal, um grande suprimento de oxigênio, sendo, portanto, malélicas as flutuações do fluxo sanguíneo cerebral. Inúmeros mecanismos atuam de maneira a impedir variações no fluxo sanguíneo cerebral.

Do ponto de vista anatômico a circulação cerebral no lado arterial é mantida pelas duas carótidas internas e pelas duas vertebrais, que se reúnem formando o tronco basilar. As duas carótidas e o tronco basilar comunicam-se entre si na base do crânio pelo chamado círculo de Willis. No lado venoso a drenagem do sangue é realizada por grande número de canais livremente comunicantes, constituindo as principais vias, as veias jugulares internas, as várias comunicantes entre os seios duros e sistemas venosos extracranianos e o plexo venoso espinhal.

A fisiologia da circulação cerebral progrediu nestes últimos anos com a possibilidade de seu estudo no homem graças ao desenvolvimento por Kety e Schmidt da técnica de determinação do fluxo sanguíneo cerebral com o óxido nítrico processo esse baseado no princípio de Fick. Com esse método verificou-se que o fluxo sanguíneo cerebral é de 54 ml/100 g de

cérebro/min; que a resistência cerebro-vascular é de 1,6 unidades convencionais e que o consumo de oxigênio é de 3,30 ml/100 g de cérebro/min. Admitindo-se como de 1.400 g o peso de um cérebro normal, o fluxo total será de 740 ml e o consumo de oxigênio, de 46 ml. Portanto, o cérebro representando 2% do peso corporal, recebe mais ou menos 1/6 do débito cardíaco e consome cerca de 20% do gasto total de oxigênio corporal.

A circulação cerebral, como a circulação através de qualquer órgão, depende quase que exclusivamente de dois fatores: a cabeça de pressão (diferença entre a pressão arterial média e a pressão venosa) e a resistência imposta ao fluxo através dos vasos cerebrais.

A cabeça de pressão: Nos tratados antigos verifica-se a afirmação de que o fluxo sanguíneo cerebral segue as alterações da pressão arterial. Os estudos atuais não confirmam esse fato. É certo que é necessário um nível de pressão, a fim de se conseguir um fluxo sanguíneo cerebral normal: uma vez este mínimo atingido, o cérebro parece regular o seu suprimento de sangue por meio de fatores intrínsecos. Fazekas, em normais e em hipertensos, com o uso do hexametônio, comprovou essa asserção. A pressão venosa exerce pequena influência na

*Crime? Anemia!!
Não!*



ULTRAFIGOL

FILIAIS :
RIO DE JANEIRO
PÔRTO ALEGRE
BELO HORIZONTE
RECIFE
CURITIBA
SALVADOR

Ind. Farm. Endochimica S. A.

MATRIZ

SÃO PAULO — BRASIL

END. TELEGRÁFICO
"ENDOCHIMICA"
CAIXA POSTAL 7.230

circulação encefálica, salvo na insuficiência cardíaca congestiva, em que Scheinberg observou fluxo sanguíneo cerebral de 40 ml, resistência cérebro-vascular de 2,7, explicando a diminuição do fluxo e o aumento da resistência pela diminuição do índice cardíaco e pelo aumento de pressão venosa observado nesses casos.

A resistência cérebro-vascular é um mecanismo de importância na regulação do fluxo sanguíneo cerebral e é representada por : 1) *Pressão intracraniana*: Aumentando a pressão intracraniana, paralelamente aumenta a pressão arterial sistêmica, tornando-se o fluxo sanguíneo cerebral normal. O nível crítico é atingido quando a pressão intracraniana é superior a 400 mm Hg, quando o aumento da pressão arterial não consegue mais compensar o aumento da pressão intracraniana. Kety, em tumores cerebrais, encontrou fluxo sanguíneo cerebral de 34 ml e resistência de 3,5 unidades.

2) *Viscosidade sanguínea*: Só em anemia grave e policitemia a viscosidade do sangue tem importância, aumentando a resistência cérebro-vascular. Kety encontrou, para policitemia vera fluxo de 25 ml e resistência de 4,3 unidades; e para anemia grave, fluxo de 79 ml e resistência de 1,9 unidade.

3) *Regulação intrínseca dos vasos cerebrais*. **Fatores neurogênicos**: Penfield, em 1936, estudou os nervos intracerebrais e concluiu que há alguma coisa intrínseca nos nervos vasculares cerebrais, que é diferente da inervação comum simpática e parasimpática dos órgãos em geral. Kety, fazendo bloqueio bilateral do gânglio estrelado em hipertensos, parkinsonianos e em normais, não conseguiu alterações da circulação cerebral. Scheinberg obteve dados semelhantes em alguns pacientes com acidentes vasculares cerebrais, usando a mesma técnica. Os dados acumulados até o presente não demonstram que o simpático cervical exerça qualquer influência tônica sobre a circulação cerebral. Efeito de agentes químicos sobre o tônus dos vasos cerebrais: várias substâncias têm sido estudadas, a fim de se conhecer seus efeitos sobre o tônus dos vasos cerebrais. Usando o método do óxido nítrico vários autores têm demonstrado que o gas car-

bônico a 5-7%, a papaverina e a adrenalina aumentam o fluxo sanguíneo cerebral; o oxigênio em altas concentrações, a aminofilina, a cafeína e a nor-adrenalina diminuem o fluxo sanguíneo cerebral; o ácido nicotínico o álcool, a procaina, o ACTH e a cortisona não alteram o fluxo sanguíneo cerebral. 4) *Alterações orgânicas dos vasos cerebrais* podem diminuir o fluxo sanguíneo cerebral, como ocorre na arteriosclerose cerebral, ou aumentar o fluxo, como acontece nos hemangiomas cerebrais. 5) *Espasmos cerebrais*. É assunto bastante controverso entre os autores que se interessam pelos problemas da circulação cerebral. Em relação com os espasmos é digno de nota citar os trabalhos de Page com a serotonina. Esta substância quimicamente é a 5-hidroxitriptamina, liberada pelas plaquetas quando o sangue coagula; a serotonina está presente no cérebro em concentrações maiores do que em outros órgãos, sendo possível que exerça papel importante nos espasmos cerebrais.

Circulação pulmonar. Dr. Italo Domingos Le Voci. — O autor passou em revista os métodos de estudo que permitiram nos últimos anos o conhecimento da fisiologia da circulação pulmonar, acentuando os dados fornecidos pelo cateterismo intracardiaco pelo qual foi possível a determinação dos valores normais das pressões nas cavidades direitas do coração, artéria pulmonar e rede capilar, assim como foi possível a determinação do débito cardíaco aplicando o princípio de Fick e o cálculo da resistência pulmonar por meio de outras fórmulas. Deste modo, sabe-se que: 1) o débito cardíaco do ventrículo direito é igual ao do ventrículo esquerdo; 2) na circulação pulmonar o regime de pressão é baixo em relação ao da circulação sistêmica; 3) não há um controle vasomotor na circulação pulmonar igual ao da circulação sistêmica, que funcionam independentemente sob este aspecto; 4) alterações do fluxo sanguíneo só se acompanham de hipertensão pulmonar quando o seu aumento é da ordem de mais de três vezes o fluxo normal, desde que o leito vascular pulmonar esteja íntegro; 5) a anóxia leva à hipertensão pul-

CLORIDRATO DE PAPAVERINA ENILA

AMPOLAS (2 dosagens)

ANTIESPASMÓDICO VASCULAR

- 1) Cloridrato de Papaverina 0,05 g.
Água destilada q. s. p. 2 cm³
- 2) Cloridrato de Papaverina 0,10 g.
Água destilada q. s. p. 2 cm³

(2 dosagens)
COMPRIMIDOS

de 0,05 g
e 0,10 g

Espasmos das coronárias - Hipertonia arterial
Espasmos vasculares associados à embolias pulmonares.
Tromboembolias das artérias centrais e periféricas.



(2 dosagens)
COMPRIMIDOS
de 0,10 g
e 0,20 g

AMINOFILINA ENILA

ANTIDISPNEÍCO • ANTIESPASMÓDICO VASCULAR

AMPOLAS

Teofilina-etilenodiamina 0,48 g (uso intramuscular) amp. de 2 cm³
Teofilina-etilenodiamina 0,24 g (uso endovenoso) amp. de 10 cm³

Ásma brônquica - Dispneia paroxística - Insuficiência da circulação coronária - Edemas cardio-renais

LABORATÓRIOS ENILA S. A. — RUA RIACHUELO, 242 — RIO
FILIAIS: SÃO PAULO — PORTO ALEGRE — BELO HORIZONTE — RECIFE — BAHIA
AGÊNCIAS OU DEPOSITOS NOS DEMAIS ESTADOS

Filial: Rua Marquês de Itú, 202 — Fone: 34-7575 — São Paulo

monar, sendo, entretanto, discutido o seu mecanismo de ação.

A circulação pulmonar se altera em várias circunstâncias, com aumento da resistência vascular e hipertensão pulmonar, que levam ao aumento do trabalho do ventrículo direito, com subsequente dilatação, hipertrofia e, por fim, insuficiência da musculatura desse ventrículo, constituindo o cor pulmonale crônico, compensado ou descompensado. As causas mais frequentes destas alterações são representadas pelas doenças pulmonares com obstrução bronquiolar, que levam ao enfisema pulmonar. O autor referiu a experiência adquirida neste setor, com os estudos realizados pelo grupo da Seção de Pulmão do Departamento de Clínica Médica da Escola Paulista de Medicina, pondo em evidência as alterações hemodinâmicas advindas nestes doentes, de um lado em consequência da restrição anômica do leito vascular pulmonar e, de outro lado, pelas alterações trazidas pelo fator anóxia que acompanha estes doentes, com o que, além da hipertensão pulmonar, temos alterações do débito cardíaco que frequentemente se apresenta aumentado e mais aumento da volemia com hiperglobulia, fatores que contribuem para incrementar ainda mais a pressão pulmonar.

O autor referiu-se em seguida ao grupo de hipertensão pulmonar por fator intravascular, tal como se dá nos casos de hipertensão pulmonar primitiva e nos de esquistossomose pulmonar. Em relação a este último grupo, citou o trabalho de Barbato, em nosso meio, e ressaltou o achado de valores bem mais altos da resistência pulmonar em relação aos observados no grupo de enfisematosos. Referiu-se por fim a problemas ainda controversos, qual seja o do mecanismo de ação da anóxia no aumento da resistência pulmonar e algumas alterações que se dão na circulação pulmonar nos casos de estenose da mitral. Quanto à terapêutica, ressaltou o papel do combate às infecções do aparelho respiratório, o uso de broncodilatadores nos pulmões crônicos, assim como a administração de oxigênio.

Circulação hepática. Dr. Sylvio de Campos Lindenberg. — O fígado recebe sangue da veia porta e da artéria hepática. Esse sangue se mistura dentro da rede sinusoidal e depois é drenado para a veia cava inferior pelas veias supra-hepáticas. Os sinusóides — de acordo com a concepção mais moderna — têm forma cilíndrica e suas paredes são formadas por uma camada contínua de células de Kupfer, que estão diretamente em contacto com as células hepáticas, havendo de permeio apenas o retículo. Dessa forma, o sangue no sinusóide praticamente banha as células hepáticas, o que favorece seu metabolismo e o desempenho das funções hepáticas. As ramificações da veia porta, da artéria hepática e os sinusóides têm capacidade de se contraírem independentemente. Isso permite a regulação da circulação no interior do fígado, de modo que a circulação pode ser mais ativa numa região, ao mesmo tempo que diminuída em outros pontos. O fígado também tem a capacidade de armazenar e de lançar na circulação geral um volume apreciável de sangue, conforme as necessidades momentâneas do organismo.

Nas doenças hepáticas (tomaremos para exemplo a cirrose), além de atingidas as células parenquimatosas, há concomitantemente alterações nas ramificações da veia porta e nos sinusóides. Essas alterações ocasionam menor irrigação do parênquima e aumento de resistência à passagem do sangue pela rede sinusoidal. Essa elevação da resistência se traduz por aumento da pressão na veia porta e aparecimento de circulação colateral visível e das varizes esofágicas.

A pressão da veia porta pode ser medida diretamente durante o ato operatório ou ser avaliada com bastante aproximação pela medida da pressão nas veias colaterais abdominais, nas veias do esôfago, pelo cateterismo nas veias supra-hepáticas e pela medida da pressão intrasplênica. Desses métodos, o mais prático é o último pois, após a tomada da pressão, pode injetar-se contraste pela agulha introduzida no baço, e assim se obtém a imagem radiológica da veia porta, veia esplênica e outros ramos do sis-

Indispensáveis

*...à
mãe e
ao filho
que vai nascer*



O ser humano começa a nutrir-se desde o momento em que é gerado. Daí a necessidade de proteger-se a gestante com suplementos vitamínicos, principalmente na fase de desenvolvimento do nascituro.



As cápsulas **PRENATAL Lederle** — um suplemento dietético de vitaminas e minerais, para usar-se durante os períodos pré-natal e de amamentação — são de grande efeito tanto para a mãe como para seu filhinho. Aliadas a uma boa alimentação, constituem meio importantíssimo para a prevenção e o tratamento dos estados patológicos que ocorrem no período da gravidez.

cápsulas

PRENATAL

Lederle



... uma fonte diária exata dos elementos dietéticos essenciais



A ciência a serviço do
médico em benefício
da saúde e do bem-
estar da humanidade

Laboratórios LEDERLE do Brasil S. A.

Rua 1ª de Março, 9 - Rio de Janeiro — Rua Lavapés, 326 - São Paulo

LEDERLE LABORATORIES DIVISION - Cyanamid Inter American Corporation

49 West 49th Street, New York, 20, N. Y.

tema. O cateterismo das veias supra-hepáticas tem indicação clínica apenas para o diagnóstico diferencial entre as obstruções intra e extra-hepáticas no sistema porta. Por esse método se consegue aspirar amostras do sangue que

sai do fígado antes que ele se misture com o sangue venoso proveniente de outras regiões do organismo. Essa técnica vem-se revelando de valor inestimável para o estudo da fisiologia da circulação hepática.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DO TRABALHO

Sessão em 28 setembro 1956

Presidente: Dr. J. B. Moraes Leme

Relações entre a atividade mecânica e a atividade humana. Dr. J. Carvalho Ribas. — É velha aspiração do homem a criação de mecanismos automáticos capazes de substituí-lo em muitas atividades. Platão, com seus sonhos de máquinas suscetíveis de pensamento análogo ao humano, Raimundo Lúlio, com tentativas de construção de aparelhos dotados de raciocínio, e Leonardo da Vinci, com a criação de autómatos, representam etapas no caminho do grande ideal. Leibnitz elaborou concepções filosóficas concernentes às possibilidades do pensamento automático. No século XVIII encarnaram o mesmo ideal as obras-primas dos relojoeiros suíços: relógios providos de galos, pássaros, anjos e outras figuras, movendo-se e se fazendo ouvir, nos toques das horas; o relógio de cuco é o representante mais popular de tais engenhos. Depois houve a invasão de autómatos escreventes, desenhistas, flautistas, timpanistas, músicos. Na Espanha, Leonardo Torres y Quevedo construiu um autômato jogador de xadrez, proporcionando sempre as mesmas reações de acordo com os dados fornecidos, sem modificar as respostas ao sabor das circunstâncias e, portanto, ainda não cibernético. Essa aspiração de construir mecanismos que substituam o homem nas atividades, até concretizada na dançarina automática Copélia, dos Contos de Hoffmann, e outras manifestações artísticas, se tornou uma realidade nos dias de hoje, com o advento da eletrônica e a descoberta dos mecanismos auto-governados ou servo-mecanismos, ou sejam, máquinas capazes de realizar uma ação sem intervenção da vontade humana e, à custa do chamado *feed-back*, capazes

de modificar as respostas na dependência das circunstâncias imprevistas. O *feed-back*, já entrevisto na tremolina do moinho de vento, no regulador de velocidade da máquina a vapor de Watt, no aquecedor de água provido de termostato, é um dispositivo capaz de permitir que, em função de condições variáveis do meio, determinados efeitos sejam modificados, graças a uma atuação sobre o sistema efetor da máquina. Dessa maneira, realiza uma reação para trás, no objetivo de que os efeitos seguintes sejam mais bem adaptados às situações mais diversas e imprevistas. Daí, a sua denominação: *feed-back* (em inglês: alimentação para trás. Tudo se passa como se fosse um dragão a morder a sua própria cauda (Cossa).

Na Segunda Grande Guerra, o matemático Norbert Wiener e Julian Bigelow, também matemático, a pedido do governo norte-americano, construíram o preditor do canhão anti-aéreo, baseado no mecanismo de *feed-back*. Dessa maneira, ao aproximar-se um avião de bombardeio, por mais que sobrevenham modificações no seu trajeto, um canhão poderá atingi-lo e derrubá-lo, pois, graças às informações colhidas pelo radar e às constantes modificações impostas à posição do canhão à custa do mecanismo de *feed-back*, se mantém a exata pontaria do canhão sobre o avião. A serviço da guerra, desenvolveu-se a construção de mecanismos automáticos, providos de algo que marcha sozinho, ou sejam, dos *robots* (do russo, trabalhador), organismos dotados de forças controladas de modo automático, encarregadas de exercer determinadas ações. Tornaram-se célebres os torpedos auto-

Conjugação de um possante
antibiótico, dotado de ação
bacteriostática e bacteriolítica
"in situ", e de um enérgico
vasoconstritor de ação predomi-
nantemente local, útil em
otorrinolaringologia.



Soframicina

solução nasal

(Sulfato de framacetina
+ naftazolina)

**Tratamento das infecções
rinofaringéias: - rinites
catarrais e purulentas,
rinofaringites, anginas
e sinusites;**

**Otitis e otorreias crônicas;
Furunculose do conduto
auditivo - Assepsia pré-
operatória em cirurgia
otorrinolaringológica.**

Frasco vaporizador de
matéria plástica com
15 cm³ de solução.



LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO-ROUSSEL S. A.
RIO DE JANEIRO

comandados, os aviões sem pilotos e outros servo-mecanismos.

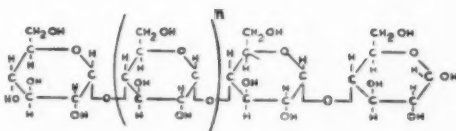
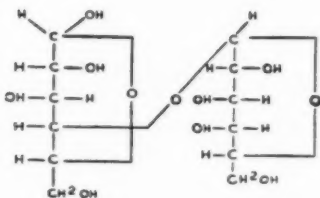
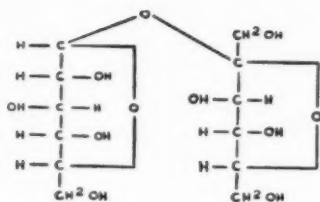
Ora, em 1938, no Vanderbilt Hall, em Boston, reuniam-se mensalmente especialistas de todos os tipos, no objetivo de serem debatidos problemas científicos sob os mais diversos ângulos e, graças a esse estudo de equipe, serem resolvidos sem as limitações inerentes a cada especialista (na sátira de Bernard Shaw, "um especialista é um homem que conhece cada vez mais sobre um domínio cada vez mais restrito, de sorte que chega a saber tudo... sobre nada!"). O matemático Wiener e o fisiologista Arturo Rosenbluth se propuseram a realizar o estudo dos fenômenos fisiológicos à luz de critério matemático. Mais tarde, na convicção de que o conhecimento das máquinas à base de feedback, proporciona esclarecimentos no tocante à personalidade humana, também suscetível de se comparar a uma máquina, Wiener organizou uma nova ciência, a que denominou *Cibernética* (do grego: leme). Consagrou-se a nova disciplina quando foi exposta em obra fundamental de Wiener, lançada em 1949, e, ao estudo da cibernética, aderiram matemáticos, físicos, neurofisiologistas, psiquiatras e outros especialistas.

Entre outros objetivos, a cibernética se propôs a realizar o estudo comparativo entre a máquina provida de feedback e o homem, também considerado como u'a máquina aperfeiçoada, com mecanismos de feed-back e, como corolário, deduzir conhecimentos acerca da atividade humana à custa do estudo do que sucede nas máquinas. De início, recorreu ao simples método comparativo. Já existem comparações tradicionais do organismo humano com a máquina: coração é bomba aspirante-premente, o braço é alavanca, o globo ocular é uma câmara fotográfica, etc. Com a cibernética requintou-se o estudo do organismo humano como u'a máquina aperfeiçoada, surpreendendo-se mecanismos automáticos em todos os setores da economia e, só à custa de feed-back, se mantendo a estabilidade, o equilíbrio interno, a homeostase indispensável à manutenção da vida. Isso foi assinalado no mecanismo da respiração, na auto-regulação da tensão arterial, no

controle das secreções internas e, principalmente, na atividade das células nervosas. À custa de circuitos de feedback explicaram-se os mecanismos do sistema nervoso, inclusive do cérebro nos aspectos neurológicos e psíquicos. A estação de pé, a regulação da motilidade voluntária, o clono, o tremor intencional, o sinal de Romberg e outros sinais neurológicos se tornaram explicados à luz da cibernética. Da mesma maneira, as doenças mentais, atribuídas ao descontrole dos circuitos elétricos do cérebro. Quando um doente se supõe Napoleão, usa os circuitos que contêm a noção de quem foi Napoleão. Mas não consegue ligar tais circuitos àqueles que lhe dariam ser Napoleão um outro homem, já falecido.

Em vista da insuficiência do simples método comparativo, a cibernética recorreu ao método dos modelos: construiu máquinas especialmente destinadas à reprodução de certos comportamentos de seres vivos, os monstros de Cossa e, pelo estudo de tais máquinas, buscou deduzir conhecimentos concernentes ao que se passa nos animais-modelos. Fizeram-se os pequenos monstros: cães, falenas, percevejos, raposas e outros animais eletrônicos, que, à custa de feed-back, assumiam comportamentos variáveis de acordo com as influências do ambiente. Em Bristol, Grey Walter construiu as célebres tartarugas Elsie, Elmer e Cora.

Com o seu homeostato, Ashby demonstrou como, à custa de feed-back, o organismo humano há de assegurar o seu equilíbrio, a sua homeostase, no conceito de Cannon, apesar das ações perturbadoras do ambiente. Também se construíram os grandes monstros, as máquinas de calcular, os cérebros eletrônicos ou sintéticos, realizando tarefas só possíveis ao cargo de numerosos homens, em tempo mais dilatado e com maiores erros. Por exemplo, o Mark I, de Howard Aiken, realiza três milhões de cálculos por hora. O autômato de Booth realiza cálculos e faz traduções para cinco línguas. Já se idealizam autômatos que joguem xadrez e, nas partidas, sempre vencam o homem! Com o cérebro comparado a complicadíssima máquina de calcular, explicaram-se à luz da cibernética, as funções psíquicas: per-



"uma mistura de hidratos de carbono ao invés do emprego de um só..."

LACTOGENO

LACTOGENO (Reconstituído)

Gordura	— 3,04%	Maltose-dextrina	— 1,91%
Proteínas	— 2,12%	Sacarose	— 1,91%
Lactose	— 2,86%	Sais minerais	— 0,46%
Água — 87,70%			
Calorias por 100g — 63			

uma especialidade



cepção, memória, raciocínio, discernimento, associação ideativa, inteligência, aprendizagem, automatismo, etc. A aprendizagem dependeria da capacidade da criação de novos circuitos reverberantes, à base de feed-back, no cérebro. A memória humana consistiria nas mensagens circulando indefinidamente nos circuitos cerebrais autô-mantidos. A inteligência decorreria da capacidade de coordenar os circuitos cerebrais. Em impressionante similitude, nas máquinas de calcular ocorrem distúrbios análogos aos das doenças mentais no homem, suscetíveis de correção à custa de normais terapêuticas semelhantes àquelas empregadas na espécie humana: 1) graças ao repouso da máquina (recomposição espontânea dos circuitos); 2) pela aplicação de forte corrente elétrica capaz de recompor os circuitos alterados (eletrochoque); 3) por meio da desconexão dos circuitos alterados, per-

mitindo o funcionamento da parte restante da máquina (lobotomia).

Com as máquinas cada vez mais aperfeiçoadas e próximas do cérebro humano, há de se substituir imensamente o trabalho do homem pelo da máquina, às vezes em proporções superiores à do homem. Por exemplo, na capacidade de calcular. "Há de se conseguir", afirma Couffignal, "a mecanização integral do pensamento!" Mas se nos afiguram descabidos os receios de que, algum dia, os autómatos hão de vencer e destruir os homens, os seus criadores. A máquina jamais consegue sair do programa predeterminado, não logra realmente aprender, não pode passar do concreto para o abstrato, não dispõe de uma função crítica e, acima de tudo nada chega a realizar sem a intervenção inicial do homem. A máquina pode ser maravilhoso instrumento, mas apenas instrumento.

DEPARTAMENTO DE NEURO-PSIQUIATRIA

Sessão em 5 outubro 1956

Presidente: *Dr. Octávio Lemmi*

Quadro neuropsiquiátrico, de feito particular, atribuível a lesões do lobo temporal ("bilateral temporal monkey", de Klüver e Bucy). A propósito de uma caso. Drs. José Longman e Maria Irmínia Valente. — Foi relatado o estudo clínico e paraclínico de uma criança do sexo feminino, de 4 anos de idade, que, após um processo encefalopático agudo, de etiologia não esclarecida, apresentou um quadro neuropsiquiátrico comparável ao descrito por Klüver e Bucy em primatas sub-humanos, após lobectomia temporal bilateral. O quadro clínico caracterizou-se por hipermetamorfose; tendência oral, agnosia visual com conservação acuidade visual e, aparentemente, dos campos visuais; afasia global; ausência de reação aos estímulos auditivos olfativos e não participação tátil no reconhecimento dos objetos; alterações afetivas e, como dado negativo a ser salientado, a não objetivação de alterações na esfera sexual. A paciente foi observada no período de 5 meses, tendo apresentado

somente modificações moderadas no sentido de atenuação das manifestações, quando da última revisão. A pneumoventriculografia e a pneumocisternografia permitiram considerar um comprometimento da região frontotemporal. Entretanto, não esclareceram a natureza deste comprometimento, se decorrente de um processo lesional relacionado com a moléstia atual ou se — visto tratar-se de paciente que desde os 2 anos de idade vinha apresentando crises convulsivas — correspondente a uma disgenesia cerebral, como foi descrito nos epiléticos por Velasco. Por isto, foi só a semelhança com os animais de experiência de Klüver e Bucy que levou à correlação da síndrome clínica com a lesão bilateral do lobo temporal. Dada a importância de que se reveste a observação deste caso, talvez o primeiro com as manifestações típicas da síndrome de Klüver e Bucy, foram comentadas em relação à fisiopatologia cerebral algumas das principais manifestações psicopatológicas.

SINTOMICETINA

injetável

(CLORANFENICOL SINTÉTICO LEVÓGIRO)

frasco-ampola de 0,200 g

*em todas as indicações do cloranfenicol,
especialmente quando houver dificuldade
para a administração oral ou retal.*



IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO


Sumário dos últimos números

Caderno de Terapêutica, Vol. IV, n.º 1, maio de 1957. Oxigenioterapia. — Dr. Reynaldo Paschoal Russo; Cirurgia — Dr. Mario Degni; Dermatologia — Sifilografia — Dr. Luiz Marino Bechelli; Ginecologia e Obstetrícia — Dr. Franz Muller; Hematologia — Dr. Michel Abu Jamra; Neurologia — Dr. Roberto Melaragno Filho; Oftalmologia — Dr. Paulo Braga Magalhães; Otorrinolaringologia — Dr. Antônio Corrêa; Pediatria — Dr. Guilherme Mattar; Urologia — Dr. Edmundo da Costa Manso.

Folia Clínica et Biológica, Vol. 25, 1/6, janeiro-junho 1956. Revisão de *Phoniomyia Theomald*, 1903 (Diptera, culicidae, Sebethini — Drs. Renato R. Corrêa e Gabriel R. Ramalho.

Instituto Brasileiro de Desenvolvimento de Pesquisas Hospitalares, Vol. V, 4.º trimestre de 1956. Fundos para a pesquisa hospitalar — J. Reis; Assistência ao tuberculoso em Hospital Geral — Eleonor E. Drumond; Cuidados psicológicos ao lactente — Noemy da Silveira Rudolfer; Plano Oldham (continuação) O papel do Capelão no Hospital — Rev. Edward C. Turner — Tradução Padre Lydio Milani; Hospital das Clínicas na Cidade Universitária do Recife — Mario Russo; Tese aprovada na V Reunião Plenária da Indústria de Construção Civil do Recife — Florismundo Marques Lins Sobrinho; Desinfecção da pele para campo cirúrgico. Desinfetantes químicos e material cirúrgico: estado atual. Desinfecção quí-

Em cada vidro de
Inalante Yatropan
um Funil-Inalante



LABORATÓRIO YATROPAN
FARM. S. C. SOTER 150 PAULISTA

NOVO E DRAMÁTICO AVANÇO
NO TRATAMENTO DAS HEMORRAGIAS
ESPONTÂNEAS

"PREMARIN" ENDOVENOSO

Estrógenos conjugados (equinos)

Para rápido controle das hemorragias espontâneas e no pré e pós-operatório, para diminuir o sangramento durante e após o ato cirúrgico.

- ⊙ "Premarin" Endovenoso aumenta o nível plasmático de protrombina e de globulina aceleradora (*).
- ⊙ "Premarin" Endovenoso diminui o nível plasmático de antitrombina (*).
- ⊙ "Premarin" Endovenoso tem o efeito total de fornecer mais trombina (*).
- ⊙ "Premarin" Endovenoso *provoca* a coagulação normal do sangue, atuando dentro do mecanismo da Natureza.
- ⊙ "Premarin" Endovenoso não introduz no organismo substâncias estranhas que este não seja capaz de controlar.

(*) Seg. JOHNSON (J. F.): *Proc. Soc. Exper. Biol. & Med.* 94:92 (Jan) 1957.



APRESENTAÇÃO:

Cada caixa contém 1 frasco-ampóla com 20 mg. de estrógenos em sua forma natural de conjugados hidrossolúveis, expressos como sulfato sódico de estrona e 1 ampóla de 5 cm³ de diluente estéril com 0,5% de fenol.



PRODUTOS FARMACÊUTICOS E BIOLÓGICOS
AYERST DO BRASIL S/A.

Rua Varnhagem, 44 — sobreloja — Fone: 33-4477 — São Paulo
Av. Rio Branco, 277 — 12.º andar — Fone: 32-9054 — Rio de Janeiro

mica da cavidade peritonial contaminada. Valor dos compostos de amônio quaternário — José Finocchiaro; A função da dietista — Dalva Maria Oliani; Processos simples para desinfecção de verduras e legumes — José Sylvio Gimino; Expedição rápida de exames de laboratório — Octávio A. Gernick; Equipamento elétrico em hospitais — Alfredo Willer; Novo processo de administração oral de medicamentos — Efraim Campos; Estatística Econômica, Médico-Social e Cultura das Regiões Ecológicas do Estado de São Paulo — Adriano Tau-nay Leite Guimarães; Pirogênio — Inimigo n.º 1 dos Bancos de Sangue — Oswaldo Mellone; Tabela de dimensões de diversos aparelhos de cozinha; Planejamento do laboratório de Análise de um grande hospital — Martinus Pawel; Organização do Dicionário Luso-Brasileiro de termos hospitalares; Estudo inicial para estabelecimento de mapa padrão de inquérito hospitalar para análise estatística.

Pediatria Prática — Vol. XXVIII, fasc. 3, março de 1957. Considerações sobre anemias hemolíticas hereditárias de hemácias falciformes e talassemias — Dr. Jorge de Medeiros; Um caso provável de coronária esquerda com origem na artéria pulmonar — Dr. Silvio Larocca de Paiva; Orientação para o emprêgo do C2C14 nas helmintoses intestinais e sua aplicação no tratamento da ascarirose — Drs. Fernando Figueira e J. O. Coutinho.

Publicações Médicas — Clorpromazina em cirurgia otorrinolaringológica, especialmente em amigdalectomias de adultos — Adelmo Sousa Leão; Leishmaniose visceral no Ceará. Sintomas observados em 174 casos — Drs. Joaquim Eduardo de Alencar e Tomaz de Sousa e J. Coelho Filho. A clorpromazina no tratamento do lichen ruber planus — G. G. Tinozzi; O ampicilil em casos de insolação ou intimação — Dr. Alexandre Canalini.

Resenha Clínico-Científica, Ano XVI, n.º 2, Fevereiro de 1957. Dr. Lewis J. Doshay — A terapêutica do parkinsonismo; Drs. Tulio Braibanti e Lucio Rossi — Indicações e limites atuais da colangiografia intra-operatória; Drs. W. Pimenta Bueno, José

Feldman, Jorge Martins, L. Rodack e D. Amorim — Seleção de pacientes para o tratamento cirúrgico da hipertensão arterial; Quadro bioquímico da aterosclerose e ácido feniletilacético; Tolerância à piperazina (Vicente Amato Neto); Antimetabólitos e terapêutica das leucemias.

Revista do Hospital das Clínicas, Vol. XI, n.º 1, fevereiro de 1957. Drs. J. Fernandes Pontes, Sylvio de Barros, Scharif Kurban, Waldemar Podolsky Thales de Brito, Walter B. Pontes, H. W. Pinotti, Edmundo Vasconcellos e Cantídio de Moura Campos — Síndrome cístico-vesicular por discinesia mecânica; Drs. Dirceu P. Neves, Luiz R. Trabulsi, Sylvio R. Monsão e J. Fernandes Pontes — Distribuição da histamina na mucosa gástrica humana e seu possível papel no mecanismo da secreção clorídrica; Drs. Mário R. Montenegro, Luiz Caetano da Silva e J. Fernandes Pontes — Considerações sobre conceito e classificação das cirroses; Drs. Luiz Caetano da Silva, Arnaldo de Godoy, Scharif Kurban, J. Fernandes Pontes, Mário R. Montenegro e Thales de Brito — Valor da punção-biópsia de fígado no diagnóstico das hepatopatias. Comparação com os dados obtidos por laparotomia e necropsia; Drs. J. Fernandes Pontes, Mitja Polak, Dirceu P. Neves, Scharif Kurban, J. V. Martins Campos e José Polizini — Fisiopatologia da gastrectomia parcial. Drs. J. V. Martins Campos, J. Fernandes Pontes, W. Hoenen e A. Costa — Estudos sobre a flora intestinal. I — Introdução e primeiros resultados; Drs. W. Hoenen, A. Costa, J. V. Martins Campos e J. Fernandes Pontes — Estudos sobre a flora intestinal. II — Técnica geral de contagem e identificação de grupos bacterianos entéricos. Interpretação dos resultados. Drs. Dirceu P. Neves, Luiz R. Trabulsi e J. Fernandes Pontes — A dosagem dos ácidos orgânicos totais das fezes pelo método de Goff-fon e Nepveux.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Vol. XVII, n.º 1, janeiro de 1957. Considerações em torno de 40 casos de amputação dos membros inferiores — Dr. Luiz Concilio; O tratamento da amebiose intestinal pela associação glicililaranilato de

FOSCODIN

XAROPE

ÉTER GAIACÓL GLICERÍLICO

Fumarato de metapirilina

Cloridrato de efedrina

Fosfato de codeína

Cloreto de amônio

Extrato fluido de ipêca

Tintura de acônito

Tintura de beladona

Benzoato de sódio

Citrato de sódio

Xarope aromatizado

Indicações: - Expectorante de ação sedativa e antiespasmódica
Estimulante das secreções brônquicas, Coqueluche,
tosses, bronquites e resfriados - Em todas as
moléstias do aparelho respiratório de fundo alérgico
Coadjuvante no tratamento da asma.

Apresentação: | Adulto e
| Infantil



Laboratório Xavier
JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LDA.

Rua Tamandaré, 984 - São Paulo - Brasil



bismuto e dihidrostreptomina — Dr. José Asfora; Os mais recentes progressos na clínica — Dr. Mário Ramos de Oliveira;

Revista Paulista de Hospitais, Vol. IV, n.º 12, dezembro de 1957. O administrador hospitalar — Seu preparo — Dr. Renério Fraguas; O Serviço social na poliomielite — Célia Figueiredo Guazzelli; O treinamento médico post-operatório nos Estados Unidos — Dr. Amador C. Campos; Organização do Hospital-Sanatório de Lins — Dr. Octávio Machado; Serviço do material num hospital do interior — Irm. Ml Leopoldina da Eucaristia; O problema do financiamento hospitalar — Dr. Horácio de Lima G. Pereira, Dr. Mário Pernambuco Filho, Dr. Salvador Gonzaga Mobach, Zaida Cunha; História da Medicina no Brasil — o feiticeiro e o Resador; o charlatão — Dr. Lycurgo dos Santos Filho; Relação do corpo clínico com o Serviço de Enfermagem — Enf. Alba Gueudeville; Considerações sobre administração hospitalária — Dr. Juan Gonzalez Ortiz; Administração da cozinha hospitalar — Dr. Renato Vicente Romano; Lactário — Sua localização — Ana Abigail Mota de Siqueira; Secagem natural e artificial da roupa — Irm. Maria Celeste Fernandes; Sistemas de sinalização nos hospitais

gerais — Dr. Fausto Capuano; Organização dos Serviços de Limpeza.

Revista Paulista de Medicina, Vol. 50, n.º 2, fevereiro de 1957. Traumatismos torácicos e tóraco-abdominais. Toracotomia traumática. Contusões torácicas e tóraco-abdominais — Drs. Edgard San Juan, Angelo Fanganielo, Paulo A. de Freitas e Euríclides de Jesus Zerbini; Crítica ao emprego da via intra-arterial para administração medicamentosa nas arteriopatas dos membros inferiores — Drs. Nairo França Trench e J. Clemente Guerra; Canal arterial persistente com arteriopatia pulmonar — Dr. Marcos Fabio Lion Carlos de Brito Pereira, Ulysses de Andrade e Silva, Egas Armelin, Irany Novah Moraes, Darcy Carmen Marchione Monteiro e João Tranchesi; Feocromocitoma. Considerações sobre provas diagnósticas, com apresentação de um caso — Drs. F. Pinto Lima, N. Moraes Barros Filho e Hudson Hubner França.

Seára Médica, Vol. XII, n. 1, janeiro-março, 1957. Determinação da idade da criança em que o líquido céfaloraqueano atinge o padrão de normalidade do adulto — Harry Brandi Diniz; Calcificação justatendinosa do dedo indicador — J. P. Marcondes de Souza.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE PREVIDÊNCIA

Inaugura-se no Boletim da Associação Paulista de Medicina, informes dos trabalhos e resultados colhidos pelo Departamento de Previdência, que fundado em maio de 1944 conta atualmente com 13 anos de intensa atividade. Durante esse período, como se pode observar das cifras abaixo discriminadas, teve uma evolução auspiciosa, digna da classe médica, graças aos esforços dispendidos pelas Diretorias sucessivas que regeram os destinos do Departamento de Previdência.

Pecúlios:

Pecúlios pagos até 31/12/1956	114
Montante de pecúlios pagos até 31/12/1956	9.450.000,00
Pecúlios pagos em 1957 até 30/4	6
Montante de pecúlios pagos em 1957	1.550.000,00

Carteira de empréstimos:

Pequenos empréstimos concedidos em 1957 até 30/4	11
--	----

AMPLICTIL

Largactil - 4560 RP - Clorpromazina

Apresentada em França sob o nome original de LARGACTIL, a clorpromazina é fabricada em outros países, com licença de Rhône-Poulenc-Spécia, sob as seguintes marcas registradas:

AMPLIACTIL, na Argentina

AMPLICTIL, no Brasil

HIBERNAL, na Suécia

MEGAPHEN, na Alemanha

THORAZINE, nos Estados Unidos da América

WINTERMIN, no Japão



NEUROPSIQUIATRIA

Hiperexcitabilidade

Excitação maníaca

Psicoses agudas excitomotoras

Psicoses crônicas alucinatórias ou interpretativas

Estados confusionais

Esquizofrenia



COMPRIMIDOS

Frascos de 10, de 30 e de 250, dosados a 25 mg

Frasco de 125, dosados a 100 mg, para uso psiquiátrico

AMPOLAS

Caixas de 5 e de 25 de 5 cm³, dosadas a 25 mg, para injeções intramusculares

Caixas de 5 e de 25 de 2 cm³, dosadas a 50 mg, para injeções intravenosas

GOTAS

Frasco de 10 cm³, de solução a 4 %



A marca de confiança

RHODIA

Caixa Postal 8095 - São Paulo, SP

Montante de pequenos
empréstimos pagos
em 1957 809.000,00

Montante de empréstimos hipotecários
pagos até 30/4/1957 13.770.000,00

Auxílios:

Montante dispendido
com auxílios (hospitais,
doença familiar) até 30/4/1957 .. 222.900,00

Sócios que ingressaram
em 1957 até 30/4 .. 71

Capital 71

Interior de São Paulo 48

Outros Estados 50

TOTAL 169

Número de sócios em
31/12/1956 4.371

Condições para ingresso no Departamento de Previdência:

a) Ser sócio da Associação Paulista de Medicina

b) Ter no máximo 50 anos de idade

c) Pagar jóia de acordo com a idade: até 30 anos isento; de 31 a 40 anos, Cr\$ 200,00; de 41 a 50 anos, Cr\$ 400,00

d) Prêmio anual de Cr\$ 2.000,00 por um pecúlio de Cr\$ 250.000,00.

Hospital São Camilo

Sala de operações doada pelo Rotary — Realizou-se no Hospital e Ambulatório da Sociedade Beneficente São Camilo, a cerimônia de entrega da sala completa de operações doada à Sociedade Beneficente São Camilo pelo Rotary Clube de São Paulo-Oeste. Presentes ao ato rotarianos e membros da Sociedade Beneficente São Camilo, fazendo a entrega falou o sr. Paulo Bogus, presidente da Comissão de Assistência Social do Rotary Clube de São Paulo-Oeste. Agradecendo e salientando o significado da doação, falaram os srs. Henrique Jorge Guedes presidente da Comissão Executiva,

Carne D'Andrea, diretor clínico e pe. Inocente Radrizzani, presidente da Sociedade Beneficente São Camilo, não deixando de fazer um apêlo ao Banco do Brasil no sentido de liberar a licença de importação concernente à aparelhagem hospitalar e de instrumentos dos quais ainda depende o novo nosocomio. Prossequindo a solenidade, foi inaugurada uma placa de bronze dando o nome de "Armando de Arruda Pereira" à sala de operações doada pelo Rotary de São Paulo-Oeste, sendo convidada para esta homenagem póstuma dos rotarianos ao seu ex-companheiro a sra. Armando de Arruda Pereira.

METROLINA

Antisséptico Ginecológico — Bactericida —
Adstringente — Aromático

★

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO

HUGO MOLINARI & CIA. LTDA.

RIO DE JANEIRO: Rua da Alfândega, 201. Telefone 43-5421. Caixa Postal, 161
SÃO PAULO: Rua da Glória, 176. Telefone 32-4228. Caixa Postal, 949

Um despertar agradável,
à hora habitual,
depois de uma noite com

Doriden

Sonífero suave
e inofensivo.
Não é barbitúrico.

C I B A



LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Modificações da forma do eletrocardiograma — Dr. Dante Pazzanese, Gráfica da Prefeitura. S. Paulo, 1942. — O Autor, Chefe das Clínicas Cardiológicas da Faculdade de Medicina de São Paulo e do Serviço Cirúrgico do Prof. Benedito Montenegro faz nesse trabalho um estudo completo e minucioso sobre as inúmeras causas que podem influir sobre o contorno da curva eletrocardiográfica, causas essas derivadas de defeitos de técnica, variações fisiológicas, ação de medicamentos, tóxicos, etc.

Sobre essas variações de formas de eletrocardiograma, além da sua valiosa contribuição pessoal o A. valeu-se do maior número possível de autores que estudam essas variações fazendo um trabalho de real valor, com extensa citação bibliográfica.

"Quanto a divisão da matéria, sendo enorme a quantidade de observações sobre anomalias de forma do ecg, nas mais variadas circunstâncias, desde as fisiológicas até as que acompanham a ingestão de gelo, insuflação do estômago, o medo, etc.", não foi ela distribuída em capítulos mas apenas assinaladas, com indicações bibliográficas afim de facilitar aos que, mais de perto, se interessam pelo assunto.

Livro com 370 páginas, apresenta inúmeros clichês com traçados eletrocardiográficos e extensa (817) indicações bibliográficas.

Progressos da Medicina — Vol. 5.^o — Rio de Janeiro, 1956. — Editado pelo Departamento Científico da Indústria Química e Farmacêutica Schering S/A. — Com este utilíssimo e interessante volume completa o anuário um lustro de publicações, fornecendo anualmente uma sinópsse objetiva das realizações mais importantes no campo das ciências médicas e afins.

Como de costume esse volume apresenta o maior interesse e é de real

utilidade até como índice bibliográfico. Está de parabéns a Schering S/A pelo relevante serviço que vem prestando á classe médica em geral.

El dolor en el abdomen agudo. Juan B. Carpanelli (Editorial "El Ateneo" Buenos Aires, 1956. — Livro de indiscutível oportunidade para todos aqueles, médicos, estudantes, que têm de enfrentar o quadro tão multiforme e às vezes tão difícil do abdome agudo.

No prefácio do seu trabalho, diz o Autor: "O abdome, disse Dielafoy, é uma caixa de surpresas. Os órgãos nele são tão numerosos e se encontram intimamente vinculados sob o ponto de vista anatômico e fisiológico que qualquer alteração importante de um deles pode repercutir de maneira manifesta sobre outro a tal ponto que as alterações dêste podem chegar a dominar a cena".

A clareza e simplicidade com que expôs a sua obra dão a esse livro inestimável valor prático. Dividido em capítulos. São ali estudadas, a patologia e a fisiologia da dor nas várias enfermidades e síndromas abdominais. Estuda as dificuldades do diagnóstico no abdome agudo, diagnóstico que deve ser feito imediatamente e que apresenta grandes dificuldades pois não pode contar muitas vezes com o auxílio do laboratório, dos raios X, etc., pois exige uma terapêutica rápida pois a demora da intervenção pode resultar na morte do paciente.

O sintoma dominante no abdome agudo é a dor. Esse foi o motivo que levou o A. a fazer esse trabalho.

Após fazer considerações gerais sobre o assunto, estuda a dor visceral, o exame do paciente com o abdome agudo, a dor na apendicite aguda, na úlcera gastroduodenal perfurada, nos processos agudos do pâncreas, na obstrução intestinal, nos síndromas hemorrágicos abdominais nos processos



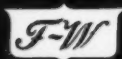
DOCTOR,

Receite hoje o antibiótico de amanhã

PEN-VE-ORAL

Comprimidos de Fenoximetil Penicilina (Penicilina V, cristalina)

A Penicilina V (Fenoximetil penicilina) é uma penicilina nova, absolutamente estável em meio ácido e rapidamente solúvel em meio alcalino. Por isso não é destruída no estômago e é rapidamente absorvida no duodeno. Clinicamente produz níveis sanguíneos mais elevados do que qualquer outra penicilina oral.



Indústrias Farmacêuticas

Fontoura-Wyeth S. A.

"Pioneira do Progresso em Antibióticos no Brasil"

Nos Estados Unidos: Wyeth Laboratories Inc. — Philadelphia

No Brasil: Ind. Farm. Fontoura - Wyeth S. A. — São Paulo

vasculares do abdome, no aparelho genital feminino, nos processos biliares, nos urológicos, nos síndromas abdominais de origem endócrina, nos es-

tados infecciosos, neurológicos, subperitoniais, no pós-operatório das intervenções abdominais, etc.

Obra útil, prática e completa.

Apreciação

British Medical Bulletin — Vol. 13 — n.º 1, janeiro, 1957 — (Londres). *Physiology and Pathology of the Kidney*. — O novo número desse Boletim vem prestar real auxílio ao esclarecimento de algumas confusões atuais referentes à fisiologia e patologia do rim. Sob a presidência do Prof. Robert Platt, da Universidade de Manchester um grupo de destacados investigadores, clínicos, patologistas, radiologistas, fisiologistas, bioquímicos e cientistas médicos interpretam, com clareza e lucidez, os estados do rim são e doente, à luz das atuais investigações. Dentre outros problemas tratados por diversos colaboradores destacam-se os seguintes:

"A secreção tubular do potássio" por Black e Emery; "As modificações funcionais e estruturais produzidas no rim pela deficiência do potássio" por Milne, Muchrcke & Heard; "A água e o metabolismo eletrolítico na hipertensão" por Ledingham; "Revisão de controle do volume de fluidos corporais" por Wrong; "O papel do rim na hipertensão experimental" — por Flover; "Indicações para o tratamento da hipertensão e resultado nas moléstias renais" — por Wilson & Abrahams;

"Técnica da venografia em relação ao rim e interpretação do venograma" — Steiner; "Métodos de demonstração radiográfica do suprimento do sangue artério renal" — Murray & Tresidder; "A extensão e natureza do síndrome nefrótico, mudança do soro em pacientes, nefróticos, prognose e tratamento" — Squire, Blainey & Hardwicke; "Microdissecção do nefron nas nefrites tubulares agudas, cistites nefrites congênicas, nefrocalcinoses, etc." — Darmady & Stranack; "Interpretação sobre novos trabalhos da função renal nos primeiros dias de vida" — MC. Cance & Widdowson; "Condições frequentemente associadas à formação de cálculos renais e pontos de vista correntes sobre a patogênese da formação do cálculo" — MC Geown & Bull; "Estudo histológico lançando novas luzes sobre os efeitos da velhice e da obesidade sobre as variações químicas do rim" — Kennedy; "Aspectos genéticos dos estudos sobre a função tubular através da cistinúria, galactozemia e doença de Hartnup, cada uma das quais representa uma forma da aminocidúria renal que é geneticamente determinada" — Harris; "Complicações ósseas da doença renal com retenção de nitrogênio" — Stambury.

RUBROMALT

Extrato de malte

*Com as Vitaminas B₁₂, A e D
Complexo B, Extrato de Fígado,
Aminoácidos e Minerais.*




INSTITUTO TERAPÊUTICO ACTIVUS LTDA.

Rua Pirapitingui, 165 — São Paulo, Brasil




BETADOZE




*Apresentação: Caixas com
2 ampôlas de 2cc.*

*Uma associação de
vitaminas do grupo B.*



VITAMINA B₁ — 100 mg.
VITAMINA B₆ — 50 mg.
VITAMINA B₁₂ — 1.000 mg.

LABORATÓRIOS BALDASSARRI S/A.
Rua Maria Paula, 136 — Tel. 33-4263 — Cx. Postal, 847 — São Paulo





Nas afecções respiratórias

REFAGAN

salicilamida - fenacetina - cafeína - "Omeril"

Tubo com 10 comprimidos

Os acidentes cardíacos agudos (*)

Dr. DANTE PAZZANESE

*(Chefe das Clínicas cardiológicas do Hospital Municipal de São Paulo
e do Serviço cirúrgico do Prof. B. Montenegro)*

Os acidentes agudos a que nos vamos referir são somente aqueles que, ou pela intensidade ou pelo modo instantâneo com que aparecem, são geralmente os fenômenos precursores ou resultantes da morte.

Distinguimos quatro tipos: a morte agônica do coração, a fibrilação ventricular, a parada total do coração e o bloqueio A-V.

As manifestações agudas cardio-vasculares, muitas vezes mortais, como a asma, edema agudo, choque periférico, síncope, etc., são aqui excluídas, porque todas essas manifestações ou já se acham dentro de um dos quatro tipos referidos, como as síncopes cardio-vasculares, ou passam para elas quando os fenômenos de insuficiência se tornam mais críticos. Excluiremos também aqui as síncopes, vertigens ou acessos convulsivos de causa cerebral como epilepsia, eclampsia, saturnismo, glomerulonefrite, tumor cerebral, neuro-sífilis, alteração do ouvido interno, etc., embora muitas vezes, a patogenia se ache ligada a alterações vasculares, pelos mesmos motivos acima referidos, isto é, quando há o perigo de morte ou esta sobrevém, o mecanismo das perturbações cardíacas se enquadra em uma das formas que descreveremos.

De outras formas mais raras, menos graves e de patogenia ainda duvidosa, podendo, sem dúvida, ser incluídas muitas vezes, dentro da patogenia das primeiras, destacam-se: a crise vaso-vagal e vago-vagal, o colapso ortostático, a taquicardia paroxística.

A crise vaso-vagal, denominação dada por Lewis, é uma síncope devido a um desequilíbrio entre a pressão e a frequência do pulso, pois, com a queda de pressão e a frequência baixa da-se uma anemia cerebral. Há inconsciência de alguns minutos, palidez, pressão baixa, pulso fraco, quase imperceptível e bradicardia (40-50 batimentos por minuto). A causa não parece ser exclusivamente a queda de pressão, porque observa-se, às vezes, com pressão ainda em 90 ou 100; não parece ser devida também à baixa frequência, pois, esta não é excessiva. Pelo nome vago-vagal, descreveram Weiss e Ferris crises sincopais que encontraram em casos de divertículo do esfago, nos quais os acessos eram provocados pela distensão do

(*) Trabalho apresentado na Sociedade Médica São Lucas em 9-4-57.

esôfago. O mecanismo, porém era um bloqueio A-V provocado pela excitação vagal.

No colapso ortostático, em que há uma síncope na passagem de decubitus para a posição de pé, nota-se uma queda brusca da pressão sistólica e diastólica. Em um caso citado por Gilchris, a pressão caiu de 140-80 para 40-45 e o pulso passou de 64 para 68. Parece haver paralisia das fibras vasoconstritoras periféricas. Tem sido registrado o ecg no colapso ortostático, não se observando, porém, anomalias de grande significação: achatamento ou pequena negatividade de T, e às vezes, um desnível de ST (Perschmann, Roesler). As anomalias são menos acentuadas si se injeta previamente a ergotamina (Nordenfelt).

Na taquicardia paroxística, o mecanismo é facilmente compreensível. Com a elevada frequência ventricular, a 200-250 e até 300 batimentos por minuto, dá-se um fenômeno que Wenckebach descreveu com o nome de "Pflöfung", e que vem a ser a incapacidade do sangue passar das aurículas para os ventrículos, pela coincidência das duas sistoles, a auricular se fazendo ainda no período em que as válvulas A-V se acham fechadas.

Por um mecanismo mais ou menos idêntico, isto é, pequeno rendimento cardíaco, procura explicar Gallavardin as síncope de esforço dos casos de estenose aórtica. O aumento insólito da frequência, ligado ao estreitamento do orifício aórtico acarretaria um deficiente fornecimento de sangue. Conseguiu registrar um caso ao eletrocardiograma, e observou, semelhantemente a Gravier que, apesar da síncope ser completa e o pulso imperceptível, o coração não cessava as contrações.

Há ainda outros estados com perda de consciência, como os descritos por Gilchrist sob o nome de narcolepsia, ataques curtos de sono com estranha paralisia cataléptica, provocados pela emoção, sobretudo pelo riso, e a picnolépsia, estado convulsivo peculiar à criança, resistindo a todos os tratamentos e desaparecendo espontaneamente na puberdade.

Vemos, pela análise das formas menos graves de acidentes cardiovasculares, que todos eles, com exceção da taquicardia paroxística, não têm como elemento fundamental o órgão central. São predominantemente de origem periférica, e o caso de uma vertigem por nós registrada, onde não houve a menor modificação da frequência e da forma do ecg é bem sugestivo. Trata-se de uma moça nervosa que, achando-se ligada ao aparelho, teve subitamente um desmaio, com palidez extrema e suores frios. Nós que nos achávamos no aparelho, observamos a conservação do ritmo e registramos por trechos. Provavelmente, o mecanismo aqui foi parecido com o colapso ortostático onde, na forma tão acentuada como observou Gilchrist, a frequência modificou-se apenas de 64 para 68.

Nas formas brandas de vertigem vaso-vagal ou vago-vagal, devem achar-se incluídas muitas das vertigens comuns, sintoma que, como sabemos, é dos mais frequentes, bastando lembrar a sua existência

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S.A.



ANOBESEINA

Anobesina

(2 - ciclo - hexil - 4,6 - dinitrofenato de sódio)

TRATAMENTO QUÍMICO DA OBESIDADE

ANOBESINA é um nitroderivado orgânico, preparado por síntese completa no nosso Laboratório. Pela sua constituição química, **ANOBESINA** é bem menos tóxica que o dinitrofenol comum.

- **Ativa** as combustões celulares.
- **Eleva** o metabolismo basal.
- **Resolve** o problema do tratamento da Obesidade.

Empregando **ANOBESINA** em doses normais, o obeso adulto perde um quilo por semana, sem dietas depauperantes e perigosas.

•

*Cada comprimido corresponde à dose diária ativa para 20 kg
de peso do obeso.*

•

A fraca toxicidade da Anobesina elimina em parte os perigos, demasiadamente conhecidos, observados com o emprego do dinitrofenol comum.

•

AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS SRS. MEDICOS

•

DEPARTAMENTO DE PROPAGANDA
LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S. A.

RUA SÃO LUIZ, 161 - Fone 35-3141 - Caixa Postal, 8.086 - End. Teleg. "BIOLÓGICO"

na quase totalidade dos sofredores de úlcera do estômago, conforme verificação nossa.

Passemos agora às formas mais graves, ligadas ao órgão central, possuindo hoje uma valiosa documentação eletrocardiográfica, formas que precedem a morte do coração, embora possa haver o restabelecimento em certos casos. São elas, conforme vimos, a morte agônica do coração, a fibrilação ventricular, a parada total do coração e o bloqueio A-V.

Morte agônica do coração: incluem-se aqui quase todos os casos de falecimento após infecções agudas ou crônicas, intoxicações, etc., cuja causa imediata pode ou não estar no coração e cuja causa imediata desconhecemos. Com a desregulação dos fenômenos vitais, a atividade do coração vai cessando pouco a pouco, podendo persistir algum tempo após uma "morte clínica", a qual, quando sucede, tanto pode ser acompanhada de uma simples atividade elétrica, como também de uma atividade mecânica, perceptível ou imperceptível aos nossos meios de exame.

Não existe uma relação direta entre morte agônica ou lenta e morte agônica ou lenta do coração, pois em casos de morte súbita clínica, pode persistir a atividade do coração. O acaso proporcionou-nos uma vez, o registro de um caso de tuberculose que veio a falecer súbitamente quando tirávamos o ecg. Notamos que a atividade elétrica persistia e continuando o registro, verificamos que a cessação dos fenômenos só se deu 30 minutos após a morte aparente. A fisionomia do paciente era, sem dúvida, a de um cadáver: o olhar vítreo, as extremidades frias, a cessação do pulso, enfim, era o quadro que estamos habituados a assistir e a que poderíamos chamar morte clínica. Casos semelhantes foram observados por Nagl Flaum e Jagic.

Essa morte traz consigo aspectos eletrocardiográficos que, se não são característicos, permitem uma distinção de outros tipos que ainda assinalaremos. Nesses casos, à medida que o ritmo se vai tornando mais lento, há ectopias e modificação de forma dos complexos ventriculares. A lentidão do ritmo baixa sucessivamente a 30-20, etc. A origem do estímulo varia, passando ou para o nó (ritmo nodal) ou para os ramos; a linha ST se desnivela e a onda T torna-se negativa (Robinson, Halsey, Dieuaide e Davidson, Schellong, Kahn e Goldstein, Hoesslin, Turner, Hanson, Purks e Anderson, Misao e colab., Sigler, Stein e Nash, Comes e Botelho Reis, Levin. Fibrilação ventricular: Ao contrário da morte agônica, a fibrilação ventricular não é caracterizada pela frequência relativamente baixa. É uma atividade elétrica acompanhada ou não de atividade mecânica perceptível, atividade elétrica aquela que se manifesta por movimentos rápidos e desordenados, nos quais apenas se esboçam as formas dos complexos ventriculares, irregulares no seu aparecimento e no seu aspecto. Parece ser a manifestação mortal mais propriamente cardíaca, pois, a ela se acham ligados, tanto experimental como clinicamente, os acidentes que atingem diretamente o coração.

O quadro clínico, descrito por Kerr e Bender, caracteriza-se pelo início mais ou menos súbito, com queda do paciente, inconsciência, suores frios e viscosos, palidez acentuada no início e posteriormente cianose, extremidades geladas, dilatação da pupila e convulsões, e traduz a anemia cerebral pela interrupção circulatória. Há uma queda brusca da pressão arterial e a morte virá em 6 ou 8 minutos, por anemia do cérebro e da espinha. A pressão cai a limites baixos, há apneia seguida de uma respiração estertorosa, não se percebem as pulsações, não se ouvem ruídos cardíacos e os reflexos se acham completamente abolidos. Wiggers pensa na raridade de um restabelecimento completo; no entanto, no coração patológico, tem sido a fibrilação não só observada como registrada no eletrocardiograma, de modo transitório.

Wiggers distinguiu quatro fases na fibrilação ventricular. A primeira, consistindo de movimentos ondulatórios registrados cinematograficamente, de curta duração e que, no ecg, se apresentam mais ou menos como extrasístoles; é chamada fase ondulatória ou de taquisistolia. A segunda fase, de incoordenação convulsiva, é constituída de ondas mais freqüentes de contração que passam por secções pequenas do ventrículo. Na terceira fase, de tremulação, o ventrículo, em pequenas porções, fica tremulando. Na quarta fase, de fibrilação atônica, as contrações se vão diminuindo e áreas sucessivas se vão paralizando até que tudo cessa. No ecg, notam-se movimentos irregulares da corda, de grande freqüência e que, nos animais de experiência, atingem 500-600 e mais por minuto.

Opinam Wiggers e Wegria que pequenos choques nos animais podem fazer reviver o coração. Acham ainda que a fibrilação ventricular pelo choque elétrico dependeria da passagem da corrente em um período cardio-vulnerável da sístole.

A fibrilação ventricular é de curta duração, pois, a persistência de mais alguns minutos após o quadro completo acarreta a morte definitiva. Para Formijne, as convulsões e a apneia seguiriam o ataque. Levine e Malton observaram um caso que durou 5 minutos e Sigler, um de 3,5 minutos.

Observada experimentalmente por Hering num coração que fez reviver 11 horas após a morte, e por Deneke e Adam, constitui hoje uma das entidades mais importantes, pois, foi observada tanto de modo transitório como seguida de morte, e registrada ao eletrocardiograma freqüentes vezes (Robinson, Halsey, Kerr e Bender, Boer, Schellong, Kahn e Goldstein, Levine e Malton, Gallavardin e Bérard, Davis e Sprague, Hoesslin, Freundlich, Schwartz, Examila, Hamilton e Robertson, Hanson, Purks e Anderson, Penatti Bizzozero, Calandre e Rodriguez, Meyer, Chall, Vella, Sequine, Siegler, Stein e Nash, Smith).

O primeiro ecg de fibrilação no animal foi descrito por Kahn. A princípio, obtém-se no ecg, batimentos que se assemelham a extrasístoles, mas que são seguidos, sem pausas; depois, vem uma série

de oscilações irregulares, amplas; em seguida, oscilações mais finas e rápidas e por fim, ondulações vagarosas.

No traçado de Wenckebach, a distinção entre a taquicardia e a fibrilação era difícil em um paciente que teve uma passageira perda de consciência. Fala a favor da taquicardia paroxística, uma certa regularidade do traçado, e a favor da fibrilação, a perda de consciência com convulsões (contemporâneas à taquicardia e não ao bloqueio), a frequência não muito elevada a certas irregularidades. Pensamos ser uma forma de transição porque se tem observado, tanto clínica como experimentalmente, a passagem de uma taquicardia paroxística para uma fibrilação ventricular, com formas eletrocardiográficas mixtas.

Em outro caso por nós registrado de um paciente com enfarte a forma irregular da curva não era acompanhada de elevada frequência. Trata-se também de uma fase provavelmente intermediária, no período em que os complexos se assemelham a extra-sístoles, porém, muito mais deformados. No nosso paciente que faleceu poucas horas depois, não havia perda de consciência. No traçado de Wenckebach e Winterberg idêntico ao nosso, houve, no período em que se registrou, uma síncope de 3 minutos de duração.

A passagem de uma taquicardia ventricular para uma fibrilação ventricular seguida de morte foi assinalada por Reid, Penatto, Coelho de Oliveira, Goodrich e colaboradores. Não é rara a mistura de duas ou três formas em acidentes sincopais de causa central. Assim, podemos ver períodos de bloqueio alternando com a fibrilação ventricular ou taquicardia, e vice-versa, período de parada completa com o bloqueio A-V. No nosso caso, temos a taquicardia paroxística e o bloqueio total A-V. Semelhantes ao nosso caso são as observações de Schwartz e Jezer, Borg e Johnson, Gonin e outros.

Admite-se hoje que a fibrilação ventricular seja uma das causas mais freqüentes de morte súbita. Ela seria a responsável, sobretudo nos casos que se observam na angina (Kronecker, Hamilton e Robertson, Vela) no enfarte (MacWilliam, Sequine, Grieco e Schwartz, Smith), nos ferimentos do coração (Bezold), nos acidentes elétricos (Prevost e Battelli — estudo clínico e experimental), nos acidentes pelo clorofórmio (Levy, Frommel), na moléstia de Chagas (Chagas e Villela), em certas miocardites (Meyer), na tireotoxicose (Harris e Rosenbaum), no bloqueio total A-V (Kerr e Bender, Boer, Schwartz, Gertz, Kaplan, Kaplan e Weinstein), e na hipersensibilidade do sinus carotidiano (Shookhoff).

Isso não exclui a possibilidade da morte se dar por outro mecanismo, nos casos citados acima, e como no enfarte se tem observado a morte lenta ou agônica (Grieco e Schwartz, Miller). Citam-se ainda as mortes pela cicloproprana, o formol e o protóxido de azoto (Wiggers).

Quanto à morte súbita produzida pela quinidina, adrenalina, estrofantina e digitalina, embora experimental e clinicamente esteja

demonstrado em muitos casos, que é produzida pela fibrilação ventricular (Rothberger e Winterberg, Drury, Horsfall e Munly, Davis e Sprague, Hoesslin, Penatti, Examila, Schwartz e Jezer), — no homem, empregam-se, entretanto êsses medicamentos largamente em pacientes ameaçados de fibrilação, alguns até no próprio período de ataque, como a adrenalina e a estrofantina, ou são mesmo recomendados para prevenir o acesso, como a quinidina. Isso porque Morawitz observou que, administrando-se a quinidina, diminuía muita a percentagem de mortes súbitas no enfarte, e inúmeros são os casos de ataques, às vèzes sub-intrantes, com recuperação pela injeção de adrenalina na veia ou no próprio coração. Dentre as observações mais interessantes, destacam-se as de Levine e Malton, Buccianti e Cahall. Quanto à estrofantina e à digitalina principalmente a primeira, constituem, nos casos de enfarte com insuficiência cardíaca, um elemento auxiliar valioso.

Parada do coração: Não encontramos referências a registros eletrocardiográficos de uma parada do coração seguida de morte. A sua eventualidade deve existir, no entretanto, dada a observação em animais e mesmo em homens, onde já foi registrada, muitas vèzes, de modo transitório.

Caracteriza-se pela parada brusca do coração, tanto da aurícula como do ventrículo e tanto mecânica como elétrica. Observa-se, sobretudo com a compressão do sinus carotidiano. Essa parada foi constatada no homem por Missal e Crain, Nathanson, Smith, Brandenburger.

Quando se faz, no homem, a compressão do sinus, pode haver um dor aguda e um sôpro sistólico devido ao enchimento excessivo dos ventrículos. Pensou-se, a princípio, que a excitação era vagal, centrífuga. A solução, porém, foi dada por Hering, o qual encontrou na bifurcação da carótida o sinus de onde sai um ramo do glossofaringeo e de onde parte uma excitação reflexa que age sôbre o coração e a pressão. Nem sempre a pressão do sinus dá a parada do coração, podendo, às vèzes, produzir um bloqueio A-V. Gilchrist descreve casos de síncope sem modificação da pressão e da frequência, explicando-os por uma vaso-contricção, central reflexa, cujo mecanismo está bem esclarecido. Na compressão dos globos oculares, observa-se o mesmo mecanismo, tendo nós observado, uma vez, a queda do pulso de 70 para 8, em acesso vertiginoso.

As manifestações clínicas são idênticas às da fibrilação ventricular, sômente menos intensas, porque nas observações, as paradas são de curta duração, havendo casos de morte, porém sem registro do eeg. Alguns autores (Wenckebach e Winterberg, Smith, Brandenburger) citam casos fora da compressão proposital do sinus: seriam casos de hiper-sensibilidade ou de tumores comprimindo o sinus e os acessos apareceriam nas mudanças bruscas de posição, nos movimentos do pescoço, etc. Seriam removidos os acessos vertiginosos pela operação do sinus. Aqui, talvez, é que seria mais apropriado o termo síncope, pois, o mecanismo é reflexo e provà-

velmente ligado à morte, em certos casos de epilepsia, embolia ou trombose cerebral, lesões aórticas, hemorragias, anestésias, etc.

Bloqueio A-V total: A crise de Adams-Stokes que, para Wenckebach e Winterberg não se restringiria ao bloqueio A-V, estendendo-se às crises do sinus carotidiano e à taquicardia paroxística (também pode ser acompanhada de vertigens, quando a frequência é muito elevada), caracteriza-se pela parada exclusiva dos ventrículos, as aurículas continuando com seu ritmo regular e às vezes até acelerado.

No ecg, observa-se a persistência das ondas P que até se tornam mais frequentes, e a ausência dos complexos ventriculares.

Seria mais comum a síncope na passagem de um bloqueio parcial para o total, pois, assim que se interrompe a passagem do estímulo da aurícula para o ventrículo, há uma longa pausa denominada pré-automática. Essa pausa mais longa, isto é, um certo retardo no despertar do automatismo ventricular, daria a ausência das sístoles ventriculares e conseqüente parada da circulação, com anemia cerebral.

Os sintomas são a queda brusca, a perda de consciência, o relaxamento dos esfínteres, as convulsões. Enfim, quadro igual ao da fibrilação ventricular, porém, de fácil diagnóstico, sobretudo si se observam as crises, porque, então, vê-se a baixíssima frequência. Além disso, fora do acesso, há freqüentemente o bloqueio parcial. Há casos raros, no entretanto, de bloqueio total A-V paroxístico, isto é, com ecg normal fora dos acessos, casos comprovados eletrocardiograficamente (Chamberlain e White).

O bloqueio A-V observa-se em vários tipos de lesões cardíacas, reumáticas, sifilíticas, diftéricas, hipertensivas, esclerosas, etc. Vê-se também na intoxicação pela digitalina, estrofantina, muscarina. Há também os bloqueios reflexos, como os que se observam, às vezes na compressão do vago ou do sinus carotidiano.

Os quatro acidentes graves a que nos referimos são encontrados em sua forma pura. Acham-se, porém freqüentemente associados, e compreende-se facilmente que nos casos de bloqueio total com longa pausa ventricular, apareça uma fibrilação ventricular por isquemia do miocárdio, ou que um choque periférico dê origem, pelas más condições nutritivas do músculo, do feixe de His, do nó sinusal e dos centros nervosos, ora a uma fibrilação, ora a um bloqueio, ora a uma parada e ora a uma morte lenta e agônica.

Esses quatro acidentes cardíacos principais analisados, além de serem as manifestações mais graves do coração, constituem as formas conhecidas de morte do coração. Dizemos "morte do coração", porque a morte do indivíduo não se dá por um mecanismo simples de parada do coração, como muitos julgam erroneamente. É um fenômeno misterioso, cuja complexidade deixa apenas antever certos aspectos nos quais entram em jogo muitos fatores muitas vezes não forçosamente o coração.

Desconhecendo o mecanismo da morte, a eletrocardiografia proporciona-nos, porém nesse sentido algumas considerações das mais interessantes sobre o comportamento do coração nas manifestações finais da vida. Seguramente o organismo morre por partes, não sendo, muitas vezes, nem o coração nem os pulmões os primeiros. Relativamente o coração, não só, em observações detalhadas, se tem registrado sua atividade após a morte (Henrijean, Hoyos, Lutembacher), como as memoráveis experiências de Herign, demonstraram pela primeira vez a possibilidade de fazer reviver o coração de um cadáver, 11 horas após o falecimento.

Evidentemente, não se pode falar de morte do coração, em semelhantes circunstâncias. Se, muitas vezes a atividade elétrica que se manifesta após o falecimento não é acompanhada de uma atividade muscular perceptível, como nos pareceu em nossa observação, isso não constitui um argumento contrário, pois, as manifestações elétricas no organismo são incontestavelmente manifestações vitais. Einthoven e Hugenholtz, com dispositivos delicados, mostraram que os movimentos do coração acompanham o ecg, após a parada aparente. Quanto à revivescência do coração horas após o falecimento, tanto dentro do corpo humano como, em certos casos denominados síncope brancas, nas mesas de laboratório com líquidos artificiais, salta aos olhos de que não houve morte do coração, os seus elementos conservando ainda, em forma latente, a capacidade vital.

Relativamente aos pulmões, o mesmo se pode dizer, porque tanto clinicamente, isto é, pelos meios de exames habituais, como experimentalmente através da revivescência do órgão artificialmente, demonstra-se que pode haver longas interrupções dos fenômenos respiratórios, sem acarretar a morte definitiva.

Quanto às experiências de laboratório, acham-se sempre ao alcance de todos, para verificação dos fenômenos referidos. Sabe-se também das interrupções em acidentes cirúrgicos e em certas síncope respiratórias dos afogados nas quais, principalmente nas últimas, havia um restabelecimento das manifestações aparentes, mesmo após horas recorridas ao acidente. Há ainda certos faquires que chegam a passar semanas em caixões fechados, o que antes encarávamos como devido a truques.

A observação de um paciente que permaneceu sem respiração natural seis horas antes de decorrida a parada do coração, veio destruir uma ponta de ceticismo que sempre perdurava em nosso espírito. Aconteceu com um paciente vítima de uma contusão craniana e no qual o coração batia regular e ritmicamente, com bulhas bem audíveis, havendo apenas uma frequência elevada a cerca de 150. Não havia esvaziamento completo das veias constataável à simples inspecção. O ecg apresentava curvas normais. A respiração, porém, achava-se positivamente interrompida, pois, não só não se percebia o menor movimento do tórax, como a manobra do espelho não denotou em todo o decurso, o menor sinal de

embaçamento da superfície. Esse decurso só era interrompido pelas manobras de respiração artificial. A aparência foi, desde o início, a de um cadáver, com olhar vítreo, pupilas dilatadas e traços bem característicos. Não havia um esfriamento grande das extremidades e a pressão não foi possível tomá-la, porque não se percebia pulso.

Como devemos classificar tais casos de acidentes do coração? A nós, parecem ser casos comuns de falecimento agônico ou vago-roso, cuja causa mediata pode ou não estar no coração e cuja causa imediata desconhecemos. Cessa pouco a pouco a atividade cardíaca, com desregulação dos fenômenos vitais.

Vemos, assim, casos nos quais o coração morre primeiramente, como na trombose ou nos ferimentos. Vemos de outro lado, alguma coisa morrer antes do coração, tanto nas mortes súbitas como agônicas. Dá-se, por assim dizer, a morte dos pulmões antes da do coração, ou ao menos, por mais absurdo que pareça, a parada dos movimentos respiratórios com persistência da vida do coração. Sendo assim com esses dois órgãos de importância capital, é de presumir o mesmo para os outros, tanto mais que, experimentalmente, observa-se a vida em animais decerebrados. Não se pode nem falar em perda da harmonia dos componentes vitais, pois, seria extravagante não admiti-la em um cão sem cérebro.

Estará no mesencéfalo esse centro que se encontra em todos os animais e que regula tôdas as ações nutritivas? Parece-nos que sim, porque, além de se acharem no bulbo os centros reguladores das manifestações mais vitais do organismo, a sua lesão ou perturbação é a única incompatível com a vida, mesmo a de mais curta duração possível.

RESUMO

Incluem-se aqui os casos de síncope e morte do coração. Até hoje, existem apenas quatro tipos: a) morte agônica; b) fibrilação ventricular; c) parada total do coração; d) bloqueio A-V. Todos são bem caracterizados, sob o ponto de vista eletrocardiográfico.

Os outros acidentes agudos ligados ao aparelho circulatório (crise vaso-vagal vago-vagal, colapso ortostático, taquicardia paroxística, colapso periférico mesmo outras crises de origem extra-cardíaca), ou não apresentam gravidade, ou esta é determinada, a nosso ver, pelas manifestações centrais cardíacas, como no colapso periférico, terminando sempre numa das quatro modalidades acima descritas.

Na crise vaso-vagal, há queda de pressão e frequência baixa com inconsciência de alguns minutos.

Na crise vaso-vagal, há uma grande excitação do vago com bradicardia, geralmente por bloqueio total.

No colapso ortostático, há uma grande queda de pressão sistólica e diastólica, na passagem do decúbito para a posição de pé.

Nataquicardia paroxística, há uma frequência exagerada dos batimentos ventriculares, geralmente ao redor de 200.

No choque periférico, há uma queda acentuada da pressão venosa, sendo esta última, condição "sina qua non".

Há outras síncope com pulso imperceptível como as da estenose aórtica, e certas vertigens que não são acompanhadas de modificações sensíveis da frequência, parecendo achar-se ligadas a um fenómeno nervoso central.

Com exceção da taquicardia paroxística que é quase sempre benigna, e da qual falaremos na fibrilação ventricular, as formas de síncope e vertigens não se acham ligadas ao órgão central — coração, originando-se dos vasos periféricos, na maioria das vezes através um mecanismo reflexo.

Morte agônica: É a forma mais comum e mais lenta. O ecg apresenta aspectos característicos com um ritmo que se vai tornando mais lento, ao mesmo tempo que se sucedem extopias e deformações do complexo ventricular. A origem do estímulo varia, passando ora para o nó, ora para os ramos, a linha ST se desnivela, a onda T torna-se negativa e posteriormente, há diminuição de amplitude dos complexos ventriculares. O caráter mais importante é a lentidão progressiva do ritmo.

Fibrilação ventricular: Aqui o caráter mais importante é dado pela frequência elevada. No ecg, são oscilações rápidas e um pouco desordenadas. O início é súbito com inconsciência e convulsões.

As vezes, observam-se movimentos ondulatorios de frequência não muito elevada, e outras vezes uma taquicardia paroxística, ambas observadas como fases intermediárias da fibrilação ventricular. Tem sido registrada, pois, observa-se, embora raramente, de modo transitório.

No nosso caso, simultaneamente com um forte acesso de perda de consciência com convulsão, observamos uma forma que muito se assemelha à taquicardia paroxística. Noutro caso, muito sugestivo, não havia perda de consciência (caso de enfarte — 6 horas antes da morte).

A fibrilação ventricular parece ser a forma de morte mais comum, na morte propriamente cardíaca. Foi descrita na angina, enfarte ferimentos do coração, acidentes elétricos, intoxicação pela digitalina, quinidina, adrenalina, pelo clorofórmio, moléstia de Chagas, nas miocardites, no bloqueio total.

Em todos esses casos, porém, não se exclue a possibilidade de outra forma — morte agônica.

Parada do coração: Não encontramos referência a registro eletrocardiográfico de morte com parada súbita do coração. Quando transitória, tem sido registrada quando há perda de consciência e acessos convulsivos.

Caracteriza-se pela parada brusca do coração, tanto auricular como ventricular e tanto mecânica como elétrica. Pode-se obter essa parada pela excitação do sinus carotidiano; no entretanto, nem

sempre se obtém uma parada total do coração, obtendo-se um bloqueio A-V, e há autores que assinalaram a vertigem sem modificação de pressão e de frequência, por um mecanismo reflexo central.

Bloqueio A-V: Aqui, os acessos de perda de consciência e convulsivos são acompanhados apenas da parada ventricular, as aurículas continuando a contrair-se. É mais comum na passagem do bloqueio parcial para o total.

Os quatro mecanismos por nós analisados constituem as formas de morte do coração que, podendo aparecer de modo bem caracterizado, muitas vezes se reúnem de modo perfeitamente compreensível. Por exemplo no bloqueio total, devido à má nutrição do miocárdio ventricular, há freqüentemente uma fibrilação ventricular: do mesmo modo, numa morte agônica, pode aparecer um bloqueio ou uma fibrilação por má nutrição do feixe ou do miocárdio.

Dizemos "morte do coração", porque esta não corresponde à morte do indivíduo, pois a morte se dá no organismo por partes, e muitas vezes, nem o coração e nem os pulmões são os primeiros a morrer. Registramos a atividade eletrocardiográfica que é uma atividade vital, 25 minutos após uma morte clínica. Registramos também a atividade elétrica e observamos a atividade mecânica do coração no indivíduo com longa síncope que durou cerca de 6 horas. Tratava-se de um caso de contusão cerebral onde a respiração se achava absolutamente paralizada, de quando em quando interrompida pela respiração artificial sob pressão. Esta mesma se interrompia freqüentemente. O aspecto era de um cadáver com a respiração periférica aparentemente paralizada. Ouviam-se ainda ruídos cardíacos e o eeg era normal (apenas taquicardia).

A morte clínica era patente e esses exemplos mostram que a morte não se dá, muitas vezes, pelo coração e pelos pulmões.

DRÁGEAS

DISSENSIBILISAÇÃO

GRANULADOS

ALERGICA

PEPTALMINE

ENXAQUECAS
ALERGIA DIGESTIVA



URTICÁRIA
ESTROFILA URTICARIANA
PRURIDOS. ECZEMAS

LABORATORIOS ENILA S. A. — Rua Riachuelo, 242 — Caixa Postal, 484 — RIO
Filial: Rua Marquez de Itu, 202 — SÃO PAULO

TRIUNFANDO através dos tempos e de
geração em geração, como a linhagem
dos animais puro-sangue, CODEINA e
CLORIDRATO de ETILMORFINA lideram
tradicionalmente a terapêutica das TOSSES

GOTAS IBEL

(CODEINA - CLOR. DE ETILMORFINA)



Fórmula:

Cloridrato de Etilmorfina	0,003 g.
Codeína	0,004 g.
Tintura de Lobelia	0,1 g.
Tintura de Grindelia	0,1 g.
Tintura de Crataegus	0,1 g.
Água de Louro Cereja	0,2 g.

Modo de usar:

Adultos:

40 gotas em um cálice de água açucarada, 4 a 5 vezes ao dia, ou segundo critério médico.

Crianças:

20 gotas a critério do médico

Receituário Livre

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.
R. Ruy Barbosa, 377 - Fones 36-8075-33-3426 - C. Postal 1874 - S. PAULO

Vitaminas

PINHEIROS

ALTA CONCENTRAÇÃO
MELHOR ABSORÇÃO
PERFEITA ESTABILIDADE
SABOR DELICIOSO

Pellets

A-VI-PEL
D-VI-PEL
A-D-VI-PEL
POLI-VI-PEL
VITSALMIN

Emulsões

A-D-BOM
EMULVIT





NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

D O L C S O N A

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:
metadona e papaverina

- ★ Alivia a dor sem provocar narcotismo
- ★ Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- ★ Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- ★ Não afeta o coração nem a pressão arterial
- ★ Menor depressão respiratória que os opiáceos
- ★ É particularmente alivia nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.



Ampólas - de 1cm³, em caixas com 5, 25 e 100

Comprimidos - tubos com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

DOLCSONA

INSTITUTO RADIOLÓGICO "CABELLO CAMPOS"

Radiodiagnóstico e Radioterapia

Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)



**RUA MARCONI, 94 - 2.º andar - Telefone 34-0855
SÃO PAULO**

NOROCOLINA

Vaso-dilatador coronariano e diurético

FÓRMULA:

Cada drágea contém 100 mg de teofilinato de colina.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:

- 1) Asma brônquica.
- 2) Como dilatador das coronárias, na angina pectoris e enfarte do miocárdio.
- 3) Na insuficiência cardíaca congestiva, como diurético, seja sozinho ou associado aos mercuriais, cujo efeito diurético reforça e potencia.

MODO DE USAR:

1 a 3 ou mesmo 4 drágeas, 4 vezes ao dia.



LABORATÓRIO TERÁPICA PAULISTA S/A.

Rua Fernão Dias, 82 - Fone 80-0884 - Caixa Postal, 487

DISTONEX



para o



Equilíbrio vago-simpático



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 777 - Telefone, 36-4572 - São Paulo

São Paulo Editora S/A. imprimiu.